Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22363282

l'acide nitrique, et dont l'existence est ensuite démontrée, d'abord par le nitrate d'argent (précipité rouge-brique), l'hydrochlorate peu acide de cobalt (précipité rose, qui disparaît par l'addition d'un excès d'acide), le proto-nitrate de mercure (précipité jaune), mais principalement par la réduction des précipités.

FIN.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés ; et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères, si j'y manque !

DE

LA PHLÉBITE.

N° 118.

11.

Thèse inaugurale

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 21 AOUT 1838;

PAR

Adolphe-Bernard Remaury,

de Varilhes (Ariège);

Membre correspondant du Cercle médical de Montpellier;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Duo sunt præcipui medicinæ cardines, ratio et observatio. (Baglivi.)

MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, 3.

1838.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen. Clinique médicale.
BROUSSONNET. Clinique médicale.
LORDAT, *Président*. Physiologie.
DELILE. Botanique.
LALLEMAND, *Suppléant*. Clinique chirurgicale.
DUPORTAL, *Examinateur*. Chimie.
DUBRUEIL. Anatomie.
N..... Pathologie chirurgicale, opérations et appareils.
DELMAS. Accouchements.
GOLFIN. Thérapeutique et Matière médicale.
RIBES. Hygiène.
RECH. Pathologie médicale.
SERRE. Clinique chirurgicale.
BÉRARD. Chimie médicale-générale et Toxicologie.
RENÉ. Médecine légale.
RISUEÑO D'AMADOR. Pathologie et Thérapeutique générales.

PROFESSEUR HONORAIRE.

M. Aug. Pyr. De CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KUHNHOLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY, *Examinateur*.
DELMAS fils.
VAILHÉ, *Examinateur*.
BOURQUENOD.

MM. FAGES
BATIGNE.
POURCHÉ, *Suppléant*.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

Amour, respect, reconnaissance.

A MON ONCLE,

L. REMAURY,

CURÉ A VARILHES.

Puissé-je, par ce premier essai, avoir un titre de plus à votre estime et à votre bienveillance, dont j'espère ne me rendre jamais indigne!

A MON FRÈRE.

Union, attachement.

A MON AMI MARQUET,

Chirurgien interne à l'Hôpital St-Éloi de Montpellier.

Amitié.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS.

A. REMAURY.

DE LA PHLÉBITE.

HISTORIQUE.

Le nom de phlébite a été créé par le professeur Breschet, un de ceux, parmi les modernes, qui s'est occupé le plus de l'inflammation des veines. Il faut remonter jusqu'au 18me siècle pour trouver l'étude de cette phlegmasie considérée sous un point de vue d'ensemble, et les Anglais ont pris surtout une part très-active dans les recherches concernant la maladie qui va nous occuper.

Avant les travaux remarquables de John Hunter, on ne rencontre que quelques observations éparses avec de fausses interprétations quelquefois, sans interprétation aucune le plus souvent. Arétée est regardé comme le premier médecin qui ait reconnu et décrit la phlébite; mais il arrive souvent à l'esprit humain, lorsqu'il considère un sujet au point de vue de l'historique, de torturer les textes, et de faire dire aux écrits de ses prédécesseurs des choses auxquelles ils n'ont jamais pensé. En effet, le médecin de Cappadoce a consacré un cha-

pitre de son ouvrage à la maladie aiguë de la veine cave, et ce qui prouve qu'il a voulu parler de l'inflammation, c'est qu'il ajoute que, dans certains cas, *l'inflammation se propage à l'aorte* (1).

Mais les symptômes qu'il donne comme caractéristiques se rapportent-ils réellement à cette maladie aiguë, à cette inflammation? n'appartiennent-ils pas à un autre état morbide? On en doutera certainement si l'on réfléchit qu'avec tous les progrès que la médecine a faits depuis cette époque, nous n'avons pas des données encore assez positives pour diagnostiquer sans crainte d'erreur la phlébite de cette veine profonde. Et puis, Arétée n'a vu que des symptômes de l'individu vivant, il n'a pu les rattacher à des altérations constantes du cadavre qu'il n'ouvrait pas; il lui manquait donc, pour déterminer avec avantage le siége et la nature de l'état morbide, cette sanction de l'anatomie pathologique qui, bien que, reste et effet d'un travail moléculaire, est d'une si haute importance pour le diagnostic. Les phénomènes morbides qu'il a signalés se rencontrent bien quelquefois dans les dernières périodes de la phlébite, lorsqu'elle a retenti dans tout l'organisme, mais ils ne lui appartiennent pas d'une manière assez exclusive pour conclure à son existence. Ce n'est pas seulement dans l'inflammation des veines que se manifeste la soif, la chaleur âcre et sèche de la peau, l'hébétude des sens; que se développent des phlegmons sur diverses parties du corps : comme le dit Arétée lui-même, cet ensemble symptomatique a beaucoup d'analogie avec celui qu'on a désigné sous le nom de *causus* ou fièvre ardente. Une douleur dans la région droite de l'abdomen, qu'il donne comme un des signes principaux, ne peut nous suffire pour caractériser la maladie aiguë de la veine cave; la mort survenant au quatorzième ou vingt-huitième jour, quelquefois plus tard, nous semble bien éloignée s'il s'agissait réellement de la phlébite d'un vaisseau si volumineux et si voisin du cœur.

Les accidents survenus au roi Charles IX nous ont paru tenir plu-

(1) Αρεταιου Καππαδοκου περί αιτίων και σημειων οξεων και χρονιων παθων. — Éd. de Boërhaave, Lyon, 1735. Βιβλιον δευτερον. κεφαλη η. περι του κατα την κοιλην φλεβα οξειης νοσου.

tôt à la piqûre de quelques fibres musculaires, à la section incomplète d'un filet nerveux, qu'à l'inflammation veineuse : car la douleur du bras et l'impossibilité d'étendre l'avant-bras survinrent immédiatement et d'une manière subite pendant l'opération de la saignée. Peut-être rattacherait-on avec plus de fondement à la phlébite la gangrène du bras survenue, à la suite de la phlébotomie, chez Mlle Courtin, dont l'observation est, comme la précédente, consignée dans les œuvres d'Ambroise Paré.

Dionis a positivement observé l'inflammation des veines, et l'on ne peut révoquer en doute que le fait suivant n'en offre un exemple bien caractérisé : « La femme d'un officier de la reine se fit saigner » du pied ; le dépôt se fit si grand sur la jambe et la cuisse, que la » gangrène y survint, et elle mourut en trois jours. » A côté de cette observation s'en trouve une analogue, celle du duc de St-Siméon, chez lequel la phlébite se termina en trois semaines après un abcès du bras. Ces dépôts résultent, pour Dionis, de la piqûre de l'aponévrose ou d'un état cacochyme général, et de la surabondance d'humeurs mauvaises chez l'individu (1).

La science fut encore pendant long-temps pauvre de faits et dénuée d'interprétations et d'études théoriques sur la phlogose des vaisseaux veineux ; bien que Morgagni, Platner et quelques autres en eussent observé des cas par intervalle.

Mais depuis les travaux de John Hunter (2), les recherches se multiplièrent, et l'étude de la phlébite vint prendre rang parmi celles de la nombreuse classe des phlegmasies. Sasse (3) et Meckel qui l'a annoté, Frank (4), Ch. Bell (5), Sherwen (6), Wilson (7), Clarke (8),

(1) Dionis, cours d'opérations et de chirurgie ; 1751.

(2) *Transactions of a society for the improvement of medical and surgical knowledges. Vol. I, p.* 18.

(3) *Dissertatio de vasorum sanguiferorum inflammatione* ; 1797.

(4) *Epitome de curandis hominum morbis.*

(5) *A system of dissections ;* 1809.

(6) *Medical and philosophical commentaries. Vol. IV.*

(7) *Medical and chirurgical transactions. Vol. III.*

(8) *Practical essays on the management of pregnancy.*

et surtout Abernethy (1), Schwilgué (2), B. Travers (3), Breschet dans ses additions à l'ouvrage d'Hodgson (4), Cruveilhier (5), Ribes (6), Bouillaud (7), Dance (8), Tonnellé (9), Blandin (10), et Legallois (11), en ont fait le sujet de travaux de plus en plus complets.

SIÉGE, DIVISIONS.

L'inflammation des veines n'avait point reçu de dénomination spéciale, lorsque Breschet la décrivit sous le nom de *phlébite*, nom qui depuis a été consacré pour la désigner. Le siége de la phlébite varie et par les membranes qu'elle affecte dans le système veineux, et par l'étendue plus ou moins considérable sur laquelle s'exerce le travail phlegmasique. Tantôt elle se trouve circonscrite dans un étroit espace de l'arbre vasculaire (et ceci arrive spécialement dans les cas où la phlogose s'empare de vaisseaux superficiels, peu volumineux, et dans lesquels les valvules se trouvent multipliées); tantôt, au contraire, elle se propage à une grande partie, ou envahit la totalité du système; il peut même arriver que l'inflammation n'épargnant point les cavités du cœur, s'étende jusqu'aux gros troncs artériels; d'autres fois elle se trouve bornée aux ramifications capillaires, et parcourt son évolution dans ce réseau délié. Les trois tuniques peuvent être

(1) *Surgical works. Vol. II.*
(2) Bibliothèque médicale, tom. XVI.
(3) *Surgical essays by A. Cooper and B. Travers.*
(4) Maladies des artères et des veines, tom. II.
(5) Nouvelle bibliothèque médicale; 1826. Dict. de méd. et chir. prat.
(6) Revue médicale; 1825.
(7) *Idem.*
(8) Archives générales; 1828 et 1829.
(9) Journal hebdomadaire; 1829.
(10) *Idem.*
(11) *Idem.*

enflammées à la fois, ce que prouve leur destruction complète, et nous en citerons plus bas un exemple remarquable (observ. n° 21). Lorsqu'une seule tunique devient le siége de la phlogose, ou du moins en présente les résultats anatomiques, c'est ordinairement la tunique interne; cependant on voit quelquefois la tunique externe phlogosée isolément, et il est encore moins rare d'observer de petits phlegmons dans le tissu cellulaire extra-veineux à la suite de l'opération de la phlébotomie. La phlébite s'empare des veines superficielles ou des veines profondes; elle se trouve quelquefois limitée dans les ramifications veineuses d'un organe intérieur dont elle ne dépasse pas les bornes.

Ne voulant nous laisser entraîner par aucune opinion préconçue, nous avons lu et médité les observations d'inflammations veineuses que nous avons rencontrées dans les mémoires et les traités *ex-professo* nombreux publiés sur cette matière; c'est en combinant ces faits d'une manière synthétique que nous en sommes venus à l'appréciation des causes, des symptômes et des caractères anatomiques de la maladie. L'étude que nous présentons n'est autre chose que le corollaire d'histoires étudiées aux lits des malades, d'investigations faites sur leurs cadavres : nous l'avons déduit avec la bonne foi et l'impartialité dont nous étions susceptibles. Si nous sommes tombés dans l'erreur, il ne faut en accuser ni notre volonté, ni les observateurs dont les faits nous ont servi de base; mais notre peu d'expérience et nos faibles forces.

Avant que d'en venir à l'histoire générale de la phlébite, nous allons rapporter en abrégé quelques observations dans lesquelles doivent se résumer les principales variétés de cette maladie.

N° 1. — Johnson, âgé de 33 ans, d'une constitution affaiblie, est saigné du bras pour une phlegmasie oculaire; six jours après, point de cicatrisation de la petite plaie; douleur vive dans le bras, dilatation du réseau veineux superficiel, tension et rougeur considérables (purgatifs et antiphlogistiques); apparence de cicatrisation le quatorzième jour, cessation de la douleur le lendemain; fièvre continue de nature typhoïde. Mort le vingt-quatrième jour. — *Veine accrue*

dans son calibre, pus dans la médiane commune et dans la brachiale jusqu'à l'aisselle, pseudo-membranes adhérentes à la tunique interne. (B. Travers.)

N° 2. — Chez une femme parvenue au cinquième mois de sa grossesse, saignée du bras, phlébite de la basilique, abcès au côté droit de la poitrine, entre la troisième et la quatrième vraie côte, suppuration prolongée, symptômes de pleuro-pneumonie, expectoration purulente pendant cinq ans. *Guérison.* (Œsterlen, *annali universali di medicina*, tom. 66.)

N° 3. — Sur un soldat saigné pour une ophthalmie : fièvre intense; le dix-septième jour, pouls faible et fréquent, respiration difficile, prostration, langue brunâtre. La tuméfaction et la douleur du bras avaient suivi de près la saignée. Tumeurs molles et fluctuantes au-dessous de la clavicule et à l'angle maxillaire, du côté où l'on avait pratiqué l'opération. A la septième semaine, délire et mort. — *Céphalique épaissie; coupée en travers, elle conservait une forme circulaire; inflammation des veines jugulaire et sous-clavière, pus dans leur intérieur; petits abcès pulmonaires.* (Hogdson, maladies des artères et des veines.)

N° 4. — Cicatrisation d'un ulcère très-ancien de la jambe, suivie de symptômes de pneumonie. Saignée : phlébite. Mort. — *Suppuration et abcès au pli du bras, rougeur de la veine, lymphe plastique dans son intérieur, un nombre considérable de vomiques dans le poumon.* (B. Travers.)

N° 5. — Saignée du bras : inflammation vive. Mort huit jours après. — *Veine suppurante, à parois tuméfiées, oblitérée dans certains endroits; artère brachiale enflammée.* (John Hunter.)

N° 6. — Saignée de la saphène : formation d'une chaîne d'abcès depuis le gros orteil jusqu'à la hanche. (John Hunter.)

N° 7. — Saignée du bras : vive douleur, développement de deux abcès, dont l'un à l'avant-bras, au-dessous de l'incision, et l'autre au-dessous de la clavicule. (Sherwen.)

N° 8. — Chez un jeune homme de 22 ans, saignée du bras : engorgement inflammatoire très-considérable et très-douloureux, depuis

la région cubito-humérale jusqu'à l'épaule; fièvre adynamique; issue du pus par la plaie; diminution de tension. Mort. — *Veine remplie de pus depuis le pli du bras jusqu'à l'aisselle; parois épaissies, dures, rougeâtres; surface interne recouverte d'un enduit pseudo-membraneux grisâtre.* (Le Herissé, bibliothèque médicale, tom. XV.)

N° 9. — Dans les œuvres d'A. Cooper et de B. Travers, sont rapportées quatre observations de phlébite suivies de mort après la ligature de la veine saphène pour des varices ulcérées. Dans l'un de ces cas, il se forma de nombreux abcès tout le long de la cuisse.

N° 10. — Opération d'un anévrisme crural: ligature de la veine, inflammation vive. Mort. (B. Travers.)

N° 11. — Amputation de la cuisse chez un scrofuleux: ligature de la veine crurale. Mort prompte. — *Caractères anatomiques de la phlébite jusque dans la veine cave inférieure et l'oreillette droite du cœur elle-même.* (B. Travers.)

N° 12. — Amputation pour un ulcère gangréneux de la jambe. Mort. — *Sang coagulé, fausses membranes et pus dans la veine liée.* (Schwilgué.)

N° 13. — Un homme fait une chute grave: il y a luxation du bras et fracture du crâne. — *Veine et artère brachiales phlogosées; traces d'une inflammation très-vive dans la carotide et la jugulaire interne.* (Schwilgué.)

N° 14. — A la suite de la ligature du cordon ombilical, vomissements, diarrhée, ictère, mouvement fébrile intense. Mort. — *Caractères anatomiques de la péritonite, la séreuse abdominale est tapissée de pseudo-membranes, pus dans l'abdomen, phlébite suppurative de l'ombilicale.*

Dans un cas analogue, la mort arriva le septième jour. — *La veine ombilicale était remplie de pus et en même temps ulcérée.* (Meckel. dans l'ouvrage de Sasse.)

N° 15. — Ligature du cordon ombilical: un érysipèle parti de l'ombilic envahit toute la surface du corps. Mort le troisième jour. — *Intestins et foie enflammés à l'extérieur, pus dans la veine ombilicale.* (Osiander.)

N° 16. — Chez une femme scrofuleuse, symptômes de métrite après l'accouchement; douleur intolérable dans la cuisse gauche, l'abdomen et la région du foie; expectoration abondante. — *Matière purulente dans la cavité abdominale; foie volumineux; poumons sains; veine crurale très-épaissie, pleine de pus et caillots de sang, tapissée de pseudo-membranes, présentant une coloration rouge intense de sa tunique interne; les valvules offrent diverses apparences morbides : les unes sont indurées et épaissies, les autres corrodées et ulcérées.* (Meckel.)

N° 17. — Au septième mois de la grossesse, avortement, extraction artificielle du placenta, phlogose utérine; du pus s'écoule par le vagin et le rectum. — *Le vagin, l'utérus et le rectum constituent par leur communication une poche purulente; inflammation des veines utérines et ovariques qui contiennent du pus et sont ulcérées; la veine rénale du côté droit et la portion de la veine cave dans laquelle elle se jette, sont très-rouges et contiennent de la matière purulente.* (Schwilgué.)

N° 18. — La mort était survenue à la suite de couches par une phlegmasie abdominale : Ribes trouva presque toutes les veines de l'abdomen remplies d'une sanie purulente. Il ajoute que le professeur Chaussier, qui avait de très-fréquentes occasions de faire de ces sortes d'autopsies, rencontrait souvent de la suppuration sanieuse dans les veines des viscères abdominaux et une inflammation métro-péritonéale. Les travaux de Dance ne laissent aucun doute sur la phlébite utérine comme formant un grand nombre de ces affections désignées sous les noms génériques de *fièvres puerpérales.*

N° 19. — Tumeur située à droite de la trachée-artère; selles et vomissement de pus sur la fin. Mort. — *La tumeur est formée par du tissu cellulaire rempli de sang décomposé; elle est enkystée et communique, d'une part, avec l'œsophage, de l'autre, avec la jugulaire interne ulcérée. Cette veine contient des caillots fibrineux, et se trouve oblitérée par la compression, tandis que l'artère carotide a conservé son calibre normal.* (B. Travers.)

N° 20. — Un jeune homme de 20 ans, d'une constitution faible, offre des symptômes d'une fièvre bilieuse qui cèdent pendant quelque temps aux purgatifs, aux toniques, aux vésicatoires, pour re-

paraître de nouveau et s'accompagner d'un œdème indolore des membres inférieurs et d'une ascite. Mort. — *Les veines hépatiques sont remplies de pus.* (Fizeau, bibliothèque médicale, tom. XXXVIII.)

N° 21. Un garçon de 14 à 15 ans présentait une éruption pseuriforme qui se supprima brusquement : infiltration avec douleur du membre abdominal droit ; fièvre avec symptômes adynamiques. Mort. — *Ramollissement de la tunique interne de la veine cave abdominale ; oblitération par des fausses membranes de son extrémité inférieure; la veine iliaque droite est transformée en un cordon ligamenteux ; il ne reste aucun vestige de la crurale du même côté, qui est remplacée jusqu'au jarret par une traînée de pus.* (Communiquée à Breschet par Raikem de Volterre, Toscane.)

CAUSES.

Comme toutes les inflammations, la phlébite reconnaît pour cause prochaine l'irritation ; nous allons définir le sens que nous attachons à ce dernier mot. L'irritation est pour nous l'augmentation de l'état normal, l'accroissement du travail moléculaire nerveux et circulatoire porté à un degré tel, que la fonction ne peut plus s'exercer avec régularité. Ces mots *excitabilité, excitation,* ne nous représentent, ni des entités hypothétiques, ni des faits connus dans leur essence, mais bien un mode d'activité inhérente à l'être vivant, en vertu duquel mode il reçoit ses impressions et réagit sur les impressions reçues. Le résultat de l'accroissement morbide de l'acte circulatoire et de l'innervation dans un tissu, détermine une sorte d'assimilation excessive, s'accompagnant d'altérations dans les produits nouveaux : alors il y a inflammation ; donc, par ce mot, nous désignons le développement de solides ou de liquides *hétérologues sous l'influence de l'irritation.* Si l'inflammation a quelquefois pour résultat la destruction, l'ulcération, c'est que, ou bien les suractivités nerveuse et vasculaire ont été portées à un tel degré, qu'elles se sont épuisées et anéanties; ou bien il y a gangrène ; ou, enfin, mélangé

de trop de matériaux anormaux, le tissu primitif ne peut plus s'approprier des matériaux d'assimilation.

Les causes éloignées sont, le plus souvent, traumatiques ou externes; cependant P. et J. Franc l'ont vue se manifester sous l'influence de causes internes générales. Au premier rang des causes physiques de l'inflammation veineuse, il faut placer l'opération de la phlébotomie, qui ne possède, nous le pensons, le funeste privilége de la déterminer qu'en raison de la fréquence avec laquelle on la pratique elle-même. Bouillaud observe avec raison que l'on saigne fréquemment dans des cas de fièvre inflammatoire (*angio-cardite*). John Hunter, cherchant à théoriser la cause de l'inflammation dans ces circonstances, avait pensé qu'elle résultait de l'impossibilité d'établissement de l'inflammation adhésive. Les principales expériences de Hunter furent faites sur des chevaux; et B. Travers rapporte, d'après un professeur d'hippiatrique, qu'en effet l'inflammation adhésive même de la peau est très-rare chez ces mammifères. Admettant, avec le célèbre auteur anglais, que l'adhésion du tissu veineux ne peut se produire sans la réalisation de l'acte inflammatoire qui crée les tissus nouveaux et plastique des cicatrices, nous traduirons sa pensée en d'autres termes : toutes les fois qu'après une opération dont les veines sont l'objet, l'inflammation est plus forte que le degré adhésif, il doit y avoir suppuration, ulcération, etc..... (Phlébites *suppurative* et *ulcérative* de Hunter.) La phlébite n'étant qu'adhésive, la plaie peut se cicatriser, et cependant, sous l'influence de circonstances particulières, la phlogose se propager plus ou moins loin dans la cavité du vaisseau. Au même ordre de causes, nous rapporterons les ligatures des veines (observations 9, 10, 11, 12, 14, 15). Faisons remarquer que, dans un grand nombre de cas, les liens se trouvent appliqués sur un tissu déjà malade; ainsi, dans les ligatures des veines comme moyen curatif des varices, la compression, exercée dans un but thérapeutique, peut aussi déterminer la phlébite; et Bouillaud, s'élevant contre l'opinion d'illustres chirurgiens qui l'ont conseillée pour arrêter les progrès de l'inflammation veineuse, la regarde comme plus propre à la faire

se développer qu'à lui opposer une sorte de barrière. Cette compression résulte quelquefois, comme dans notre 19e observation, de l'action sur la veine d'une tumeur anormale située dans son voisinage. La section du tissu veineux, dans les grandes opérations chirurgicales, a été reconnue comme cause pour la première fois par John Hunter. Cruveilhier, Blandin, Velpeau, en ont rapporté des exemples nombreux. Il en est de même des actions irritantes s'exerçant sur l'orifice béant d'une veine : ainsi, dans les cas de métrite qui ont succédé aux manœuvres répétées d'un accouchement laborieux (observation n° 17). La contusion des parois veineuses agit exactement de la même manière ; chez le sujet de l'observation n° 13, la veine et l'artère brachiale avaient été contondues par l'humérus luxé. Une cause très-active de phlébite se tire des connexions de la veine avec des tissus infiltrés de sécrétions morbides ; de son voisinage d'un foyer purulent ; de sa position dans des cavités où sont versées des matières âcres. N'est-ce pas, dans beaucoup de cas, à l'absorption des fluides répandus à la surface de l'utérus que l'on doit rattacher la pathogénie des phlébites de cet organe survenues après l'accouchement ? En effet, alors les sinus veineux sont béants dans la cavité utérine, et les veines avec lesquelles ils communiquent ne s'en trouvent séparées que par une sorte de petite valvule en demi-croissant. La matrice représente alors une vaste surface inhalante, et c'est avec raison que Cruveilhier a comparé la femme qui vient d'accoucher à un individu qui vient de recevoir une blessure étendue ou de subir une opération chirurgicale grave : injectez alors un liquide par la veine cave inférieure, et l'amplitude des voies circulatoires de l'utérus vous sera démontrée en le voyant sortir en forme de pluie par le vagin.

Dans les cas de *fièvres graves*, des substances âcres de mauvaise nature, séjournent à la surface du tube digestif; les veines ne peuvent-elles pas s'enflammer par l'absorption de ces matériaux ? La phlébite suite des fièvres graves, dit le professeur Bouillaud, doit tenir à une altération du sang résultant de l'introduction de substances âcres dans le torrent circulatoire. Ribes assure avoir constamment trouvé du pus

dans la veine porte ventrale, dans les cas de fièvre adynamique; mais il va plus loin que Bouillaud, lorsqu'il avance qu'il croit être fondé à penser qu'alors les veines, le sang veineux et le tissu cellulaire, sont primitivement affectés. Le même observateur a souvent constaté la mort, suite de phlébite, chez les sujets atteints de pourriture d'hôpital, et a rattaché l'inflammation veineuse au transport dans ces vaisseaux de la matière septique. Le professeur Cruveilhier rapporte, d'après M. Robert, un cas de phlébite des veines du foie, à laquelle fut assignée pour cause le passage de la bile d'un conduit biliaire dans la veine qui l'accompagnait. M. Ribes, examinant une tumeur cancéreuse du sein extirpée par Larrey, rencontra les veines qui accompagnaient la portion malade remplies d'un sang fluide, brunâtre et décomposé. Chez une femme qui succomba par suite d'un carcinome de l'utérus, Travers trouva du pus dans la jugulaire interne; Langstaff a vu les veines enflammées et purulentes autour d'un fongus malin. Dans les cas d'érysipèle phlegmoneux, Breschet a fréquemment, comme l'avait avancé Ribes, rencontré du pus dans ces vaisseaux. Hunter a observé la phlébite dans les tissus voisins des parties gangrenées. L'absorption veineuse une fois posée en principe et ne pouvant point être révoquée en doute, l'action des substances autres que le sang, introduites dans les vaisseaux à sang noir, est encore prouvée par les expériences sur les animaux vivants: nous ne parlerons point ici des injections de mercure faites dans les veines par le professeur Cruveilhier, et donnant lieu à des phlébites pulmonaires ou hépatiques. Il y a déjà long-temps que Baglivi produisait à volonté la fièvre inflammatoire en injectant de l'eau dans les veines. En y introduisant des substances putréfiées, MM. Magendie et Gaspard ont fait se développer les symptômes du typhus, et ont rencontré sur les cadavres les caractères anatomiques de la phlébite.

Ici, comme pour les autres maladies, il est difficile d'assigner la nature des causes internes générales ainsi que leur mode d'action. Dans la pathogénie de la phlébite par causes traumatiques, le professeur Breschet admet une énergie augmentée du cœur et des

artères : avant lui, P. Frank avait annoncé, d'après l'expérience, une proposition qui se rapproche de celle-là.; il avait vu les artères et les veines rouges et enflammées dans certains cas de fièvre inflammatoire. On sait que cette affection est regardée, par le professeur Bouillaud, comme une angio-cardite, et que Pinel, qui localisait malgré lui, lui avait imposé le nom de fièvre angioténique. Certaines observations prouvent, d'une manière irrécusable, que le développement de la phlébite a été le résultat de métastases de différente nature : nous en avons cité un exemple (observation n° 21).

Mais quelles sont les causes prédisposantes dont la part est si active dans la génération des maladies ? B. Travers pense que la phlébite se développe surtout chez les sujets atteints de maladies inflammatoires. Frappé de la simultanéité d'invasion de la phlébite sur divers individus, à la suite de l'opération de la saignée, dont les conséquences sont loin d'être graves ordinairement, Dance pressentit l'action de circonstances atmosphériques qui ne sont point encore déterminées. Le tempérament et la constitution de l'individu n'entreraient-ils pas aussi pour quelque chose dans la prédisposition? Ayant noté quelques observations recueillies dans différents auteurs, sans avoir égard à ces circonstances et sans opinion préconçue, mais cherchant seulement des faits caractérisés de divers degrés de l'état morbide sous l'influence de causes occasionnelles variées, nous avons été surpris de voir que la plupart des sujets de ces observations étaient d'une constitution débile, avaient été affaiblis par des maladies antérieures, présentaient des symptômes de scrofules ou des ulcères atoniques.

SYMPTOMES.

Les symptômes qui décèlent l'inflammation veineuse se présentent au médecin sous différents aspects, selon que le vaisseau malade est superficiel ou profond, selon que la phlébite est à une période plus ou moins avancée, selon le volume de la veine qui en est le siége; ils varient encore d'après l'absence ou l'existence des valvules dans la

portion du système affectée, et surtout par rapport au siége de l'inflammation dans les tuniques extérieures ou la membrane interne.

Phlébite extérieure. — Après les opérations de la saignée spécialement, et surtout lorsqu'elles ont été pratiquées avec des instruments peu acérés ou mal entretenus, on voit survenir des accidents qui se rapprochent de ceux du phlegmon ordinaire, et n'offrent en général aucune gravité. L'inflammation se développe alors dans la tunique celluleuse du vaisseau, et plus particulièrement encore dans le tissu cellulaire qui l'environne; la petite plaie ne se cicatrise point; ses bords deviennent rouges, tuméfiés, douloureux; ils se renversent en dehors, et laissent couler un pus d'abord mal lié, quelquefois sanguinolent; de petites collections purulentes se forment autour de la veine, et viennent s'ouvrir en différents points de la peau; le bras est rarement douloureux dans toute son étendue, car la phlegmasie est entièrement circonscrite et locale. Cependant les mouvements, dont le centre se passe dans l'articulation huméro-cubitale, sont impossibles en raison de la douleur qu'ils provoquent. Cette articulation est placée dans un état de demi-flexion. Cette forme de la phlébite est trop légère pour déterminer des accidents sympathiques ou réactionnels; elle parcourt ses périodes sans réveiller d'autres symptômes; sa terminaison la plus ordinaire est la suppuration, et son traitement est des plus simples : il consiste dans l'application sur la tumeur de topiques émollients, dans les bains locaux et l'ouverture de l'abcès.

Phlébite intérieure. — Une douleur d'abord peu intense se manifeste dans une partie; elle est tensive et s'accompagne d'une sorte de gêne dans ses mouvements; sensibilité à la pression, surtout dans la direction des troncs nerveux et vasculaires principaux. Si la veine est superficielle, la peau qui la recouvre prend une coloration rosée, constitue une sorte de bandelette dont la couleur tranche avec celle des parties voisines. La douleur devient de plus en plus vive; il y a impossibilité de mouvements; la rougeur de la peau acquiert une intensité plus considérable; la tuméfaction, d'abord circonscrite le long du vaisseau, se manifeste ensuite sur toute la circonférence du membre; celui-ci est dans la demi-flexion. L'aug-

mentation de volume tient, au début, à une expansion active, résultat de l'injection vasculaire; car, dès le commencement, ainsi que l'a dit Ribes, il n'y a point œdème, puisque la partie ne conserve point l'impression du doigt; il n'y a point développement de gaz, puisque, en comprimant, on ne perçoit pas de crépitation. Si on explore le trajet veineux, on sent une corde dure, tendue et noueuse par distance : ce n'est autre chose que la veine dont s'est emparée l'inflammation. La tuméfaction et la bandelette rouge de la peau se propagent de plus en plus en se dirigeant ordinairement du point primitivement malade vers le cœur, d'après cette loi de physiologie pathologique établie par Roche, que l'inflammation qui s'empare des conduits parcourus par des liquides s'étend de proche en proche, en observant, dans la majorité des cas, la même direction que ceux-ci : il en arrive quelquefois cependant autrement, et l'on voit la phlébite se développer en se dirigeant vers les capillaires, ainsi qu'Abernethy en rapporte des exemples. Mais l'inflammation ne se borne pas toujours à la veine qui d'abord en a été atteinte; elle s'étend souvent aux veines voisines par le moyen des anastomoses; alors la peau devient érysipélateuse et rénitente dans une étendue plus ou moins considérable. Lorsqu'une pression vient augmenter la sensibilité anormale du vaisseau, c'est encore d'ordinaire du point qui y est soumis vers le cœur qu'elle s'irradie. Est-il besoin, pour expliquer la douleur dans un tissu qui, dans l'état de santé, ne jouit pas de la sensibilité animale, de recourir, avec Bouillaud, à une complication de névrite qu'il regarde comme fréquente? Ne savons-nous pas que des tissus entièrement insensibles dans les circonstances physiologiques, peuvent manifester des douleurs atroces sous l'influence de la maladie. Il est rare que, dans les cas où l'inflammation de la tunique interne existe, même dans une étendue peu considérable, il ne se manifeste pas une fièvre réactive légère. Cependant les symptômes peuvent encore rester locaux et subir leur évolution dans leur siége primitif; nous allons d'abord les examiner en faisant pour le moment abstraction de l'état général. L'intensité des phénomènes morbides peut aller en diminuant graduellement, et disparaître peu à peu sans laisser aucune trace.

Mais d'autres fois le volume de la veine augmente de plus en plus ; elle présente de distance en distance des sortes de poches fluctuantes qui résultent de la dilatation d'une partie du vaisseau comprise entre deux valvules. L'ouverture spontanée ou artificielle de ces tumeurs donne lieu à l'issue d'une matière couleur de lie de vin, d'un pus mal lié d'abord et mêlé avec du sang ; à une époque plus avancée, c'est un pus vraiment phlegmoneux que l'on en voit sortir. Ces foyers sont ordinairement multiples sur le trajet d'une même veine ; ils peuvent quelquefois être tous vidés par une seule ponction. Ceci annonce qu'ils communiquent nécessairement entre eux, et arrive dans les cas où la turgescence inflammatoire des valvules n'a pas entièrement intercepté la cavité du vaisseau ; d'autres fois ils ne peuvent être évacués que par des ponctions successives. Le gonflement valvulaire existe quelquefois dans les premiers temps à un point assez élevé pour empêcher toute circulation dans la veine ; si alors on pratique des frictions sur le vaisseau, en les dirigeant des capillaires vers le centre, on repousse la colonne sanguine ; mais on la voit bientôt refluer et occuper sa première position.

Que l'inflammation devienne plus vive sous l'influence de causes inhérentes à la constitution et aux modificateurs généraux de l'organisme ; que l'action vitale de la partie soit affaiblie, la mortification pourra survenir : alors les douleurs et la tuméfaction diminuent d'intensité ; à la tension et à la rénitence succède un état de mollesse avec empâtement ; on éprouve un sentiment de crépitation qui tient au développement des gaz dans le tissu cellulaire voisin ; la chaleur et la sensibilité diminuent ; une teinte blafarde et violacée remplace la coloration rouge érysipélateuse ; des phlyctènes remplies d'une sanie jaunâtre se développent ; des escarres gangréneuses se manifestent. Ici la gangrène est constamment humide ; car il y a gêne dans la circulation efférente, stase dans le système veineux. Ces phénomènes se passent d'abord, et au plus haut degré, dans la direction du vaisseau, c'est-à-dire là où la phlogose a débuté, là où elle s'est montrée la plus active ; ils peuvent ensuite s'étendre aux parties voisines. La mortification de toute l'épaisseur d'un membre arrive sur-

tout dans les cas où la phlébite s'est emparée d'une veine profonde, d'un tronc principal dans lequel s'abouchent les vaisseaux secondaires : dans ce cas, elle est précédée par un engorgement œdémateux du membre ; celui-ci peut se présenter sans changement de coloration à la peau, qui est tendue et luisante. La maladie s'accompagne ordinairement de douleurs très-vives, et nous offre une des variétés de l'état morbide connu sous le nom de *phlegmasia alba dolens.* La gangrène survient spécialement et avec rapidité dans les circonstances où l'inflammation d'une artère volumineuse vient compliquer la phlébite.

Une terminaison moins grave que la précédente consiste dans l'oblitération de la veine et son changement en un cordon fibreux solide. Cette oblitération est le plus souvent définitive ; mais quelquefois la cavité vasculaire se rétablit par la canalisation des caillots sanguins qui l'avaient obstruée.

Quoique nous ayons étudié localement la phlébite, rappelons que lorsqu'elle passe à l'état gangréneux, serait-elle encore plus circonscrite, il nous paraît à peu près impossible que des phénomènes généraux très-graves ne se manifestent pas. L'inflammation d'un vaisseau important peut, sans dépasser l'état adhésif, déterminer la mort par la congestion mécanique et passive qui en résultera pour un organe essentiel à la vie. L'érosion phlegmasique d'une veine très-minime deviendra une cause de mort rapide en amenant un épanchement sanguin dans un viscère principal ou dans une des cavités splanchniques.

L'isolement et la circonscription de la phlébite séparant le travail local des réactions d'ensemble, et le reléguant, pour ainsi dire, dans un coin de l'économie, existe surtout dans les cas de phlogose de veines peu volumineuses et superficielles : les données anatomiques fournissent une explication satisfaisante de ce fait. Les veines que nous signalons se trouvent munies de nombreuses valvules dans leur intérieur, et la phlogose de ces replis valvulaires peut facilement déterminer l'annihilation de la cavité du vaisseau ; alors une digue est posée au travail pathologique, et il se localise dans une seule

face de la duplicature veineuse. Ne voyons-nous pas un fait analogue survenir lorsque la valvule iléo-cœcale, fortement tuméfiée, nous offre une inflammation considérable de l'une de ses faces, l'autre demeurant intacte ? C'est par le moyen de ces obstructions, par les gonflements valvulaires, qu'il faut théoriser, avec Abernethy, les observations dans lesquelles on a vu la phlébite se propager vers les réseaux capillaires au lieu de suivre sa direction la plus fréquente du côté de l'organe central de la circulation. Lorsque la phlegmasie s'est propagée à un tronc volumineux, tels que les vaisseaux iliaques, les sous-clavières, etc., alors les valvules sont impuissantes à oblitérer, par leur augmentation de volume, le calibre du vaisseau ; à plus forte raison l'extension sera-t-elle indéfinie, si l'état pathologique affecte une portion du système dans laquelle manqueront ces replis semi-lunaires. Une simple exsudation albumineuse suffisait, dans une veinule, pour borner l'inflammation, en opposant au cours du sang un obstacle insurmontable ; mais, dans les gros vaisseaux, la surface est trop étendue, la cavité trop considérable pour se trouver facilement obstruée par ces formations morbides.

Lorsque l'inflammation est diffuse, lorsqu'elle occupe une surface étendue et s'est emparée de troncs volumineux, il se manifeste au début un état réactionnel général offrant les symptômes de la fièvre inflammatoire ; alors aux phénomènes locaux se joignent un pouls plein, fort et fréquent ; la chaleur de la peau, la rougeur de la face, l'injection des conjonctives ; de la céphalalgie, de la gêne dans la respiration, etc.... Mais ces symptômes ont en général peu de durée et se trouvent bientôt remplacés par des phénomènes ataxo-adynamiques ; la raison en est bien simple : l'inflammation d'une membrane fort étendue réagit énergiquement et avec rapidité sur les systèmes nerveux, exalte d'abord leur excitabilité, en épuise la somme, et les jette par suite dans l'anéantissement. Une autre cause encore vient se joindre à celle-ci : des liquides hétérogènes sont sécrétés dans les cavités vasculaires, mêlés avec le sang dont ils altèrent la pureté ; celui-ci devient, pour les organes, un agent toxique, loin de pouvoir servir à leur nutrition et à l'entretien de leurs actes.

Il arrive assez souvent que l'adynamie, la prostration, le collapsus existent seuls et primitivement. Ceci survient lorsque le passage du pus dans le sang se fait d'une manière brusque, et avant qu'une grande surface de l'arbre veineux ait été phlogosée. Cette viciation funeste du liquide sanguin est caractérisée par des frissons le long du rachis et dans les membres ; ces frissons surviennent quelquefois d'une manière intermittente ; le malade se plaint quelquefois de douleurs dans une partie du corps, ou bien, et ces exemples sont les plus fréquents, il est dans un état de diminution générale de la sensibilité et insouciant sur sa position ; le pouls est fréquent, mais petit et concentré ; il y a une légère agitation, de la carphologie, un délire caractérisé plutôt par des rêvasseries et des divagations légères que par des vociférations et des cris ; le sommeil est presque nul ; il est remplacé par une sorte de torpeur qui semble cesser par intervalle ; il arrive même le plus souvent que le malade peut être retiré de cet état par des questions répétées auxquelles il répond, quoique avec beaucoup de lenteur et de difficulté ; puis se manifeste un accablement extrême ; le malade est couché en supination, il n'exécute presque plus de mouvement, ou bien ce ne sont que des tremblements irréguliers et sans but ; des spasmes musculaires, des soubresauts de tendons : les sens et l'intelligence s'émoussent de plus en plus ; le pouls devient petit et misérable sans perdre de sa fréquence ; la peau est quelquefois chaude et brûlante, surtout aux régions de l'abdomen et de la poitrine, tandis qu'elle est ordinairement froide, sèche et râpeuse aux membres ; d'autres fois, au contraire, elle est recouverte de sueurs froides et visqueuses ; il y a incontinence d'urine, déjections involontaires ; les mouvements du cœur sont fréquemment répétés, mais comme vermiculaires et oscillatoires ; la respiration devient gênée, laborieuse, fréquente ; il y a souvent une expectoration abondante et de mauvaise nature. Nous n'avons trouvé, dans les auteurs, aucun exemple dans lequel on ait appliqué l'auscultation à cette période de la maladie ; cependant ce moyen d'investigation serait ici de la plus haute importance, en raison des changements morbides que nous verrons survenir si fré-

quemment dans le tissu pulmonaire sous l'influence de la phlébite. Sur la fin, les traits de la face deviennent ordinairement grippés, s'altèrent profondément; les yeux sont fixes, ternes et sans regards; le malade offre l'expression physionomique de l'hébétude, le *stupor attonitus* des affections typhoïdes; le ventre se météorise, il rend un son tympanique dans toute son étendue; il est le plus souvent insensible à des pressions réitérées; la langue se dessèche, se recouvre d'un enduit brunâtre fuligineux; les lèvres sont gercées, rugueuses; les dents tapissées par une croûte analogue à de la suie; l'haleine est fétide, la soif vive, les narines pulvérulentes; les selles deviennent fréquentes et diarrhoïques; des hémorrhagies passives s'opèrent par les membranes muqueuses; la peau est le siége d'éruptions pétéchiales, d'ecchymoses spontanées. Des abcès sous-cutanés, des parotides se développent; de plaques gangréneuses succédant à une coloration violacée envahissent les parties du corps voisines d'os superficiels et soumises à la pression. La mort termine cet appareil variable de symptômes, après une respiration stertoreuse, et très-souvent elle est précédée par une cyanose, résultat de la stase sanguine dans les vaisseaux veineux capillaires. Tels sont les faits principaux de la phlébite parvenue à sa dernière période; mais la cessation de la vie survient fréquemment avant que tous aient eu le temps de s'accomplir. Un autre groupe de symptômes, que nous nous contenterons de signaler, résulte de l'inflammation veineuse spéciale d'un organe: alors se réveillent les phénomènes morbides qui sont liés à la phlogose de son tissu. C'est ainsi que l'ictère se lie à la phlébite du foie, les symptômes de l'état puerpéral à la phlébite utérine. Dans un cas d'inflammation des veines, recueilli par M. Pâtissier, il n'y eut, pendant la vie, que des phénomènes tétaniques.

FORMATION ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Le premier changement qui s'opère sous l'influence de la phlogose, est une coloration rouge violacée, plus ou moins intense, de

la tunique interne des veines. Cette rougeur est assez uniforme : la plupart des observateurs ne l'ont point vue précédée, comme dans les autres tissus, par l'injection vasculaire arborisée. Il semble ici que la membrane ait été plongée dans un liquide coloré, et se soit, pour ainsi dire, teinte par une sorte d'imbibition. Cependant Bouillaud dit avoir observé, dans quelques cas, non point la coloration par teinture, mais une véritable arborisation. Lorsque c'est sur de grosses veines que s'exercent les recherches néroscopiques, on remarque d'ordinaire l'injection des *vasa vasorum* qui sillonnent leur tunique externe. Le malade peut succomber à cette époque et sans que l'altération organique ait fait de progrès ultérieurs, si une grande étendue vasculaire se trouve enflammée. Lorsque ces lésions ont été déterminées par l'introduction de liquides irritants, de pus, de mercure dans les veines (expériences de Cruveilhier), on peut quelquefois constater la présence de ces corps.

La veine malade sécrète bientôt un fluide plastique qui s'épanche sur ses parois, augmente de densité par l'absorption, et se trouve représenté plus tard par des pseudo-membranes d'autant plus denses et plus élastiques qu'elles se rapprochent davantage de la circonférence. Ces membranes de nouvelle création, amorphes au début, finissent quelquefois par se vasculariser; et ce qui n'était d'abord qu'un corps étranger, participe, dans la suite, à la vie de l'ensemble. Le sang, gêné dans son passage, est transformé, au niveau des points enflammés, en un coagulum d'abord noir et peu dense, puis fibrineux et incolore : c'est ainsi que s'oblitère la cavité du vaisseau. Si les choses en restent à ce point, les productions nouvelles diminuent de plus en plus de volume, la veine revient sur elle-même et se transforme en un cordon cellulo-fibreux. Ces caractères appartiennent à la phlébite *adhésive*, qui est la forme la moins grave de cette maladie. Si la circulation veineuse se trouve empêchée d'une manière complète dans une partie quelconque par l'action de ces changements, il en résulte l'infiltration de cette partie, et, par ce moyen, on peut expliquer beaucoup d'hydropisies locales. L'inflammation interne des sinus de la dure-mère dépasse rarement le degré de la phlébite

adhésive, surtout lorsqu'elle a son siége dans les canaux veineux d'un fort calibre. M. Tonnellé l'a très-souvent vue devenir mortelle à cette époque, par suite de l'arrêt du cours du sang dans le cerveau.

Du reste, comme l'a dit Cruveilhier, les phlébites adhésives sont aussi fréquentes que les solutions de continuité des veines : point d'accouchement sans phlébite adhésive des veines utérines qui répondent au placenta; point d'amputation, point de plaie, point de ligature du cordon ombilical, sans phlébite adhésive des veines divisées.

Lorsqu'il y a eu solution de continuité du tissu veineux, comment s'opère la cicatrisation? Nous allons répondre par un exposé succinct des résultats auxquels est arrivé B. Travers. Dans les cas où l'on applique une ligature sur les veines, la tunique externe et la tunique moyenne sont coupées, la membrane interne restant intacte; alors dans les portions divisées se fait une exsudation d'un fluide coagulable qui remplit leur intervalle et rétablit leur continuité. A une époque reculée, les traces de la cicatrice sont révélées par un bourrelet fibreux et saillant; un caillot se forme dans l'intérieur jusqu'à la première collatérale importante, et la perméabilité du vaisseau est anéantie. Si les trois tuniques ont été comprises dans la section, le premier phénomène qui se manifeste est un épanchement sanguin dans le tissu cellulaire ambiant, avec infiltration plus spécialement sous la membrane externe; le sang se coagule et s'organise, la tunique intérieure se renverse en dehors; un tissu de cicatrice est créé, mais il ne se continue que très-tard avec la membrane interne. La consolidation une fois complètement achevée, il se forme dans ce point, et par l'ampliation du calibre de la veine, une sorte de godet ou cul-de-sac dont le sinus est dirigé vers sa cavité.

A la période de coagulation sanguine et de sécrétions pseudo-membraneuses en succède une autre caractérisée par des apparences morbides plus tranchées du tissu vasculaire et la formation du pus. Le sang qui avoisine les parties enflammées est d'abord couleur lie de vin, puis grisâtre, puis jaunâtre, souvent fétide et mélangé de gaz.

Bientôt on ne voit autre chose que la matière purulente, tantôt parsemée de stries sanguines, tantôt bien liée et phlegmoneuse :

elle tapisse d'abord les pseudo-membranes qui, dans certaines circonstances, en paraissent comme infiltrées et la laissent exsuder par la pression ; puis elle s'épanche dans les caillots sanguins, et c'est à leur centre que les premiers globules commencent à paraître. Quelques auteurs en ont inféré que cette formation purulente tenait à la décomposition inflammatoire du coagulum ; contrairement à cette opinion, Cruveilhier pense que, fourni par la veine, le pus est absorbé par le caillot comme par une éponge, et déposé dans sa partie centrale. Cette théorie nous paraît devoir s'appliquer à la majorité des faits. Cependant, comme nous admettons que la fibrine peut se transformer en un tissu vivant, et communiquer avec les parties voisines par des expansions vasculaires, nous devons admettre, sous peine d'inconséquence, qu'elle est passible des travaux moléculaires morbides lorsqu'une fois elle jouit de la vie commune. Et si elle devient le siége de phénomènes physiologiques, n'est-ce pas à condition inévitable d'avoir aussi sa pathologie? Cependant toutes ces choses ne peuvent exister que lorsque le sang est devenu réellement substance vivante. Nous pensons que Bouillaud s'est trompé lorsqu'il a *cru* voir des vaisseaux se dessiner dans la couenne du sang une fois isolée du reste de l'organisme.

Que l'inflammation continue selon le mode aigu, que la turgescence des valvules isole et circonscrive la suppuration, si la sécrétion morbide est très-abondante, on rencontrera la veine dilatée et constituant une ou plusieurs poches en forme d'abcès. Examinez à cette époque les parois veineuses elles-mêmes, et vous les trouverez épaissies, ce qui tient, dans le plus grand nombre de circonstances, non point à une hypertrophie inflammatoire de la tunique interne, mais à son revêtement par des couches albumineuses superposées. Cette membrane a passé de la coloration rouge violacée à une teinte brunâtre, quelquefois entièrement noire ; sa cohésion est diminuée ; elle s'enlève facilement et se détache des parties voisines au moindre effort ; plus tard, au ramollissement succède l'induration. Si les phénomènes inflammatoires aigus se calment, il y a réellement augmentation d'épaisseur et de densité siégeant surtout dans les tuniques ex-

térieures. Alors coupée en travers, la veine reste béante ainsi qu'une artère, au lieu de s'affaisser comme dans l'état normal. Il résulte des observations des auteurs, que l'on a fréquemment, à cette époque, rencontré les tuniques extérieures indurées et criant sous le scalpel; tandis que la membrane interne ramollie s'enlevait par un frottement léger. Les matériaux liquides qui ont été appelés par l'inflammation dans l'épaisseur du tissu vasculaire, ont été plutôt absorbés et condensés aux parties les plus superficielles, où les phénomènes phlegmasiques se trouvant moins intenses, le travail d'absorption était plus actif.

D'autres fois la veine a disparu complètement; on n'en rencontre plus aucun vestige. Dans une des observations que nous avons citées, la crurale était remplacée par une traînée purulente. Cruveilhier a publié un fait analogue : il y avait destruction incomplète des veines crurale, poplitée, tibiale postérieure, péronière, etc.

Le tissu veineux peut s'ulcérer, se perforer, et le liquide contenu s'épancher dans le tissu cellulaire environnant : alors on a quelquefois retrouvé la veine isolée des parties voisines, et baignant dans le pus d'un phlegmon avec lequel elle communiquait. Il est des cas où l'on n'a rencontré à l'autopsie qu'une ulcération circonscrite, une perforation à bords frangés; et alors, si le vaisseau était renfermé dans une cavité intérieure, l'hémorrhagie a pu devenir promptement mortelle. Portal a cité, dans son anatomie médicale, un exemple de perforation de la veine cave supérieure près du cœur, avec épanchement de sang dans le péricarde. Mais ces ruptures veineuses n'existent-elles qu'à la condition d'un état phlegmasique préalable? Dans l'exemple précédent, elle fut attribuée à une accumulation soudaine du sang par l'impression subite d'un bain froid. Senac l'a vue survenir pendant le frisson d'une fièvre intermittente. Hogdson a rapporté deux cas de rupture des veines du mollet à la suite de crampes.

Formées par la duplicature de la tunique interne, les valvules veineuses sont sujettes aux mêmes lésions pathologiques : on les a trouvées rouges, suppurées, corrodées, détruites. Une conséquence de ces destructions vasculaires, si la phlébite vient à guérir sans

oblitération, c'est que le vaisseau reste exposé aux dilatations variqueuses. Nous signalerons ici l'existence d'un entozoaire qui pourrait agir comme cause d'irritation : c'est l'*hexathyridium* ou *polystoma venarum*, rencontré par Treutler dans la veine tibiale d'un homme qui lavait dans un fleuve. Béclard pense que ce n'est autre chose qu'une planaire introduite accidentellement.

On trouve, à la suite de la phlébite, des altérations de tissus de divers organes. Ribes aurait constamment rencontré une injection inflammatoire de la pie-mère. Il se manifeste assez souvent des abcès dans divers points de la peau. Mais les collections purulentes aiguës sont bien plus fréquentes dans le foie, et surtout dans les poumons. Ces abcès pulmonaires, si fréquents à la suite des amputations, ont été regardés, par Velpeau, Mareschal et Legallois, comme effet du transport du pus en nature, et de son dépôt dans le lieu où se rencontre la collection. Cruveilhier, Blandin et Dance les attribuent, au contraire, à une phlébite circonscrite résultant de l'action du pus résorbé sur les veines capillaires ; d'autres, enfin, ont pensé qu'ils n'étaient autre chose que des tubercules préexistants et suppurés. Ces abcès se rencontrent surtout dans la portion inférieure de l'organe pulmonaire. Dance les a trouvés plus fréquemment dans le poumon droit que dans le gauche. Toujours multiples, ils sont souvent innombrables; ils soulèvent quelquefois la plèvre, et donnent lieu, pendant la vie, aux symptômes de la pleurésie. Dance admet trois périodes dans leur formation : 1° infiltration sanguine; 2° développement d'un noyau dur, noirâtre d'abord, et puis blanchâtre; 3° ramollissement, conversion en foyer. Nous sommes loin de nier la suppuration, chez les amputés, de tubercules antérieurs à l'opération ; mais nous comprenons difficilement que le pus, transporté sur une partie aussi irritable que la membrane veineuse, s'y trouve sous l'influence d'une métastase simple, et s'y creuse une cavité. Nous pensons donc qu'ici, dans le plus grand nombre de cas, il y a métastase purulente, mais avec inflammation et suppuration par l'effet du pus résorbé.

La maladie avec laquelle on pourrait le plus facilement confondre

la phlébite, c'est l'inflammation des vaisseaux lymphatiques. Nous nous contenterons de citer, pour signaler leurs différences, quelques lignes du professeur Cruveilhier : « on distinguera aisément, dit-il, la *lymphatite* de la phlébite par la ténuité du cordon douloureux, par sa position plus superficielle encore que dans la phlébite, par le grand nombre de petits nœuds qui l'interrompent d'espace en espace, par la couleur rosée de la peau sur le trajet de ce cordon, tous caractères qui appartiennent à la lymphatite. Ces caractères ne s'appliquent évidemment qu'à l'inflammation des vaisseaux superficiels. Quant au diagnostic différentiel de la phlébite et de la lymphatite profonde, il nous paraît impossible à établir dans l'état actuel de la science. »

TRAITEMENT.

Les bases du traitement de l'inflammation veineuse reposent sur les indications suivantes : 1° combattre l'inflammation afin de s'opposer autant que possible à son passage vers l'état suppuratif, et d'empêcher ses progrès funestes vers les centres vasculaires ; 2° évacuer la sécrétion purulente lorsqu'on n'a pu s'opposer à sa formation ; 3° combattre les effets toxiques du pus mélangé avec le sang, et porté dans le torrent circulatoire.

La partie la plus importante du traitement de la phlébite trouve sa place dans sa première période, lorsqu'elle est encore locale, lorsque des sécrétions pathologiques ne sont point encore répandues dans la masse sanguine, et que la maladie ne s'est point généralisée. Ce traitement, qui est celui de toute inflammation aiguë, consiste dans l'emploi énergique des moyens qui combattent la phlogose ; car on peut empêcher, par leur administration, l'extension pour ainsi dire illimitée des phlegmasies veineuses qui donnent à ces états morbides, comme le disait Dance, un caractère tout-à-fait spécial, c'est-à-dire qui leur imprime un cachet de gravité en rapport avec l'étendue et les fonctions de l'appareil qu'elles affectent. Les émissions sanguines

se présentent ici en premier lieu, et c'est le cas de juguler la maladie, pour nous servir de l'expression énergique du professeur Bouillaud. Les saignées générales offriront d'abord cet avantage, que, diminuant la quantité du sang, elles débiliteront tout le système, rendront l'individu moins apte à éprouver une réaction phlegmasique, et porteront leurs effets sur les vaisseaux des veines, comme sur le système capillaire des autres parties; rendant l'absorption plus active dans tous les tissus, elles faciliteront celle des matériaux qui déjà commençaient à se combiner avec les tuniques veineuses, et altéraient leur texture. La saignée locale est aussi d'une bien haute importance lorsque la disposition inflammatoire générale, la surexcitation nervoso-vasculaire auront été déprimées par les moyens précédents qui agissent sur l'ensemble de l'économie. Les systèmes nerveux et vasculaires sont les conditions principales de l'existence organique et fonctionnelle; enlevez la réaction nerveuse au système vasculaire, et vous détruirez l'exaltation de ce dernier; enlevez la sur-activité circulatoire, et vous détruirez la sur-activité nerveuse : ce sont les deux grands pivots de l'économie; s'ils n'agissent pas toujours à titre d'égalité dans les phénomènes morbides, ce n'est jamais certainement à titre d'antagonisme. Ce que le praticien doit méditer, c'est la recherche de celui des deux qui a eu l'initiative, ou qui présente une prépondérance de travail. C'est par ces données que l'on peut s'expliquer pourquoi les antispasmodiques arrêtent certaines inflammations dès leur début, bien que leur action soit nulle plus tard, et qu'ils n'aient pas puissance de modifier d'une manière directe la trame organique qui se nourrit et s'accroît par le sang, se détruit et s'anéantit sans ce fluide. Ici donc des liquides nouveaux se trouvent apportés aux tissus malades; ces liquides peuvent n'être que du sang, mais fourni à une quantité telle que l'adoption qu'en fait l'organe a dépassé ses pertes. Le travail nutritif se trouve porté à un mode plus élevé, et des combinaisons nouvelles se forment qui empêchent le rhythme fonctionnel normal. Si, par des applications locales, vous enlevez aux capillaires voisins le sang qui, de toute part, communique et dans la cavité de la veine et dans son épaisseur qui est aussi vascularisée, vous arrêterez

cet afflux surabondant du liquide nutritif, et les radicules vasculaires, affamées, pour ainsi dire, s'empareront avec plus d'avidité des matériaux déposés en trop grande abondance. C'est d'après ce mode que se guérissent par résolution les travaux inflammatoires qui ne laissent dans les organes aucun changement de texture.

Les antiphlogistiques locaux et généraux doivent être employés jusqu'à ce que la réaction générale et le travail phlegmasique partiel aient perdu beaucoup de leur intensité ; cependant, si, malgré l'administration active de ces moyens, l'inflammation a fait des progrès rapides, il est évident qu'ils deviennent incapables d'arrêter un travail qui s'est trop généralisé, et il faut recourir à d'autres médications ; car un inconvénient grave des émissions sanguines portées à l'excès, consiste dans une débilitation telle que, les mouvements organiques d'ensemble ne pouvant plus être entretenus, les travaux moléculaires s'anéantissent. Mais il est des moyens qui n'ont été connus que dans ces derniers temps, et qui possèdent en eux de quoi faire cesser les inflammations sans enlever, du moins d'une manière apparente, des matériaux à l'économie. Ces moyens nous paraissent devoir agir en modifiant les fonctions du système nerveux, et nous sommes d'autant plus confirmés dans cette opinion, en réfléchissant que, plus la maladie est active, que plus se trouvent associées l'exaltation nerveuse et vasculaire, plus on compte de chances de succès. Ces ressources de la médecine moderne sont les frictions mercurielles et le tartre stibié à grandes doses ; leur mode d'action a été désigné, par l'école italienne, sous le nom de contro-stimulisme. C'est en faisant cesser le stimulus général, qu'il soit primitif, qu'il soit réactionnel, c'est en abaissant au-dessous de son degré normal l'excitation qui avait été exaltée, qu'ils font cesser, en les attaquant dans les fonctions de l'ensemble, les travaux circonscrits.

Les frictions mercurielles ont été mises en usage avec beaucoup de succès, d'après cette formule, par M. Serre d'Alais. Dans son travail sur le nouveau traitement spécial et abortif de l'inflammation, ce praticien ne rapporte qu'un seul cas de phlébite : la maladie a cédé à un petit nombre de frictions ; le cas était très-simple, et les émis-

sions sanguines auraient certainement pu suffire. Mais, d'autre part, on trouve consignées, dans son ouvrage, des guérisons nombreuses d'inflammations déjà très-étendues en surface, ayant fait de grands progrès, et occupant des organes importants. Nous avons vu nous-même plusieurs fois M. le professeur Serre employer avec succès cette méthode contre des phlébites graves, des péritonites sur-aiguës et l'inflammation des vaisseaux lymphatiques.

Chaque friction est de un à deux gros ; il est préférable de se servir d'onguent mercuriel double, dont les doses n'ont pas besoin d'être si rapprochées. On emploie, dans les vingt-quatre heures, de douze gros à trois onces de cette substance ; on laisse reposer le malade ordinairement après cette quantité, pour recommencer plus tard s'il y a lieu. Les frictions doivent être faites aussi près que possible de l'endroit malade, et spécialement sur les parties situées en dessous de lui. Il serait imprudent et dangereux, dans les cas de phlébite, de pratiquer des frictions sur l'endroit affecté lui-même; elles augmenteraient nécessairement, par des frottements réitérés, la phlegmasie que l'on voudrait combattre. Une chose très-remarquable et qui tend encore à prouver le changement complet d'action de certains médicaments, selon la variété des doses, c'est que nous n'avons jamais vu la salivation survenir à la suite de l'absorption très-rapide de plusieurs onces d'onguent mercuriel.

Quant au tartrate antimonié de potasse, on ne l'a jamais employé que nous sachions dans les cas de phlébite ; mais nous avons conviction, *à priori*, qu'il manifesterait ici les effets déprimants qu'il présente dans les affections inflammatoires aiguës. Cependant, comme nous savons que les symptômes de l'état typhoïde surviennent fréquemment dans les phlegmasies veineuses; que ces symptômes sont souvent liés à une gastro-entérite, il faudrait chercher à se rendre bien compte, avant d'administrer l'émétique à haute dose, de l'état du tube digestif.

Les bains tièdes, les applications émollientes, les embrocations huileuses, peuvent être employés comme moyens secondaires. On retirerait peut-être des avantages de l'emploi long-temps prolongé des

réfrigérants. Joignez à ces indications le précepte d'une diète sévère, et vous aurez le traitement de la phlébite depuis son invasion jusqu'à l'époque d'infection générale de la masse du sang. Ces ressources remplissent la première indication : combattre la phlegmasie, et s'opposer autant que possible à son passage vers l'état suppuratif; empêcher la propagation de l'inflammation vers les centres.

Mais on a proposé d'autres moyens pour prévenir le passage dans la masse sanguine des matériaux sécrétés par la veine enflammée. Ainsi Hunter, Reil et Abernethy ont proposé de pratiquer la compression entre le cœur et le siége principal de la phlébite. Leur but, en comprimant ainsi, était de déterminer dans la veine une inflammation adhésive, car ils avaient vu que les adhérences des parois vasculaires, le gonflement des valvules avaient été, dans certains cas, assez puissants pour s'opposer à la propagation du mal. Nous avons déjà dit que Bouillaud rejetait cette pratique en la regardant plutôt comme dangereuse qu'utile. Des médecins, entre lesquels nous citerons Marjolin, voyant que la compression amenait difficilement l'oblitération veineuse, qu'elle était facilement éludée par les vaisseaux, faute de surface résistante sur laquelle on puisse les comprimer, pensèrent qu'il y aurait de l'avantage à lui substituer la section transversale de la veine; si, par ce moyen, la continuité se trouve détruite entre la portion malade et la portion saine, il peut certainement offrir des avantages, car c'est, comme nous l'avons exposé, la continuité d'une membrane aussi étendue en surface que la tunique interne des veines, qui est la cause du caractère progressif et de la marche rapide qu'affecte ici la maladie.

Le traitement des collections purulentes, dans les cavités veineuses, consiste dans leur évacuation au moyen de l'instrument tranchant.

Quant à celui de l'infection purulente générale, il est encore bien incertain : l'observation, dit Cruveilhier, est encore muette à cet égard. Une foule de médications ont échoué lorsque le mal en est arrivé à ce terme. Nous dirions même que le mal est irremédiable, et qu'il est inutile de chercher de médications qui ne peuvent avoir aucun résultat avantageux, si nous ne savions que c'est un pré-

cepte dont il ne faut point se départir en médecine, de ne jamais désespérer et de ne point abandonner le patient tant qu'il lui reste un souffle de vie ; si ce n'était pour nous une loi de croire qu'il y aura toujours progrès tant qu'il y aura des hommes. L'introduction du pus dans les veines et dans le cœur, son mélange avec le fluide circulatoire, donnent lieu à des états ataxiques et surtout adynamiques ; le plus souvent aucune portion de l'organisme ne paraît plus gravement affectée que l'autre, et c'est tout l'ensemble de la machine dont le jeu se trouve modifié. Quelquefois cependant un organe présente, à n'en point douter, des symptômes d'inflammation non équivoque qui viennent se surajouter aux phénomènes morbides généraux. Quels sont les moyens que l'analogie nous indique dans ces deux cas ?

Le pus est pour nous un poison qui a porté son influence sur le système nerveux. Nous ne connaissons point son mode d'agir, non plus que celui de beaucoup d'autres substances toxiques. Ce que nous pouvons constater, c'est qu'il donne lieu surtout aux phénomènes de l'adynamie, c'est-à-dire de l'abattement des puissances de l'innervation. Les symptômes ataxiques, ordinairement bien moins prononcés, ne sont point toujours des signes d'exaltation nerveuse : ne les voit-on pas survenir après des hémorrhagies excessives ? Que feraient ici les antiphlogistiques, sinon aggraver le mal et enlever tout espoir de réaction en débilitant de plus en plus l'organisme ? Nous pensons que la seule méthode rationnelle consiste à relever par les toniques et les excitants les forces du malade, à appeler par les révulsifs le travail morbide sur un autre lieu. Ainsi, l'on pourra avoir recours au quinquina, à l'acétate d'ammoniaque, aux stimulants diffusibles, à l'application des sinapismes, des vésicatoires, aux boissons sudorifiques, aux bains de vapeur, aux diurétiques et aux purgatifs : c'est surtout le calomel que les Anglais ont employé dans cette maladie, comme d'ailleurs dans beaucoup d'autres. On doit avoir recours à ces médications, même dans les cas où une phlegmasie locale est fortement caractérisée ; car, en bonne médecine, il faut remonter à l'étude des causes pour poser les bases du traite-

ment. Que vous enleviez, en effet, par les antiphlogistiques, la tuméfaction, la rougeur et les autres phénomènes inflammatoires qui se sont concentrés sur un organe ; tandis que, d'autre part, vous laisserez circuler dans les vaisseaux les causes de ces phénomènes, à quel résultat parviendrez-vous ? Lorsque se déclare une fièvre intermittente pernicieuse, on voit fréquemment se développer des inflammations graves, résultat des congestions actives de l'accès ; ce sont même quelquefois des gastrites et des gastro-entérites, et cependant vous ne pouvez guérir qu'à la condition de déposer sur des muqueuses souvent enflammées des préparations de quinquina. Certes, elles ne détruisent pas l'inflammation d'une manière directe ; elles sont loin d'être antiphlogistiques. Mais elles s'adressent à la cause spécifique de cette inflammation pour en faire cesser les effets. De même, dans la phlébite avec transport de pus dans le torrent circulatoire, les phénomènes phlegmasiques locaux qui se manifestent sont entièrement secondaires, et il faut s'attaquer aux modifications survenues dans tout l'ensemble.

PREMIÈRE QUESTION.

SCIENCES ACCESSOIRES.

DONNER LES CARACTÈRES DE LA FAMILLE DES COLCHICACÉES ; FAIRE L'HISTOIRE DES PRINCIPAUX MÉDICAMENTS QU'ELLE FOURNIT A LA THÉRAPEUTIQUE.

Le nom de *colchicacées* ou de *colchicées* a été imposé, par M. de Candolle, à un groupe de plantes qui, avant, faisait partie de l'hexandrie trigynie de Linnée, et de la famille des joncées de Jussieu. C'est M. Mirbel qui l'en sépara le premier, pour en former une famille distincte qu'il nomma *mérendérées*, et que R. Brown a désigné depuis sous le nom de mélanthacées. Mais les genres *merendera* et *melanthium*, que ces deux botanistes prenaient pour type, n'étant composés que de plantes exotiques ou trop peu connues, on a dû rejeter leurs dénominations, et en adopter naturellement une qui rappelât un genre indigène et bien caractérisé.

Quoi qu'il en soit, la famille qui nous occupe appartient à la division des monocotylédones à étamines périgynes; les plantes qu'elle renferme sont herbacées, à racine bulbifère et plus rarement fibreuse, à tige simple ou rameuse; feuilles alternes et engaînantes; fleurs terminales hermaphrodites ou unisexuées, polygames ou dioïques; une seule enveloppe florale consistant en un périanthe coloré pétaloïde, à six divisions égales et profondes, ou bien se prolongeant à sa base en un long tube qui, dans le genre *melanthium*, est muni de deux petites glandes; enfin, mais rarement, il est hexasépale. Les étamines, ordinairement plus courtes que le périanthe, sont au nombre de six, et ont leurs filets insérés, soit au sommet, soit à la base du tube, et en

face de chaque sépale ; trois pistils, ou pistil triparti, grêle et très-allongé, à stygmate simple et glanduleux. Les ovaires, au nombre de trois, sont tantôt libres et distincts, tantôt soudés latéralement et représentant un ovaire triloculaire dont chaque loge contient plusieurs ovules insérés sur deux rangs à des placentas centraux. Le fruit qui succède est capsulaire, à trois carpelles qui s'ouvrent par une fente longitudinale ; les graines, plus ou moins nombreuses, sont ascendantes, et ont le hile tourné vers l'axe de la fleur : elles sont recouvertes d'un tégument membraneux, et leur embryon cylindrique, enfermé dans un endosperme charnu, est situé vers le dos de la graine.

Les espèces de cette famille dont la thérapeutique a invoqué le secours sont peu nombreuses, et leur emploi n'est pas sans danger. Nous y distinguerons le genre *colchicum* et le genre *veratrum*, dont une variété, *veratrum sabadilla*, contient en grande quantité un suc âcre et vénéneux que MM. Pelletier et Caventou ont nommé *vératrine*. Le colchique d'automne, *colchicum autumnale*, vulgairement safran bâtard, veillotte ou tue-chien, est l'espèce la plus employée en médecine. Elle est très-commune dans les lieux humides et ombragés de presque toute la France, et fleurit en Septembre. Elle donne alors de quatre à douze fleurs grandes, purpurines, à limbe campanulé, à six divisions profondément découpées et obtuses ; elles se terminent inférieurement en un long tube qui s'insère dans le bulbe de la racine. Les étamines, au nombre de six, ont des filets très-longs fixés à l'origine du tube calicinal ; les anthères dépassent le périanthe, et sont allongées et vacillantes. Trois styles filiformes, à stygmates crochus ; l'ovaire est situé au fond du tube, sur le bulbe lui-même. Les feuilles et le fruit ne paraissent qu'au printemps suivant : elles sont au nombre de trois ou quatre, grandes, pleines, très-entières, lancéolées, aiguës, de six à dix pouces de long sur un pouce de large, et sont engaînées à la base.

Le fruit est une capsule ovoïde, triloculaire, s'ouvrant par sa face interne, et contenant un grand nombre de semences arrondies et arillées. Enfin, le bulbe, qui est la partie la plus employée, est

solide, charnu, blanchâtre en devant, et enveloppé de plusieurs tuniques brunes. A sa base est fixée la racine, fibreuse, touffue et entrelacée. On connaît l'espèce d'évolution que ce bulbe effectue, toutes les années, dans le sens vertical, évolution qui s'explique par la naissance d'un nouveau bulbe à la base du premier, qui alors se dessèche et meurt.

Toutes les parties du colchique d'automne, mais surtout le bulbe, contiennent un principe excessivement âcre et vénéneux. Il est moins violent en automne qu'au printemps, et lorsque la plante est desséchée. S'il est ingéré à haute dose, il produit tous les symptômes de l'empoisonnement, et, après la mort, on trouve toute la surface intestinale enflammée et gangrenée. A petite dose, il agit comme purgatif drastique et comme un violent émétique. Les Turcs, d'après Turpin, en font une infusion vineuse qui les enivre en produisant sur eux la stupidité. Quand la dose est légère, on l'emploie comme amer et tonique : il augmente les sécrétions des urines, et sert de succédané à la scille dans l'hydropisie, l'hydrothorax, l'ascite, etc.... On l'administre sous les diverses préparations de vinaigre colchique, d'oxymel colchique ; mais son usage est tellement dangereux, qu'on doit toujours lui préférer tout autre médicament. La seule manière de le rendre utile, est de l'employer à l'extérieur, non pas comme on faisait autrefois, comme amulette contre la peste, mais contre les verrues et contre les insectes parasites de la peau. Ce médicament s'appelle alors vulgairement poudre de capucin. Mais outre ce principe âcre, le bulbe contient encore une fécule analogue à celle de la pomme de terre, et qu'on peut séparer par des lavages répétés.

Il faudrait encore ajouter les deux espèces de *veratrum*, dont l'un produit le médicament appelé *sabadilla*, et qui consiste dans le fruit capsulaire de cette plante, semblable à celui du *delphinium staphysagria* qui sert aux mêmes usages. Mais les bornes d'une simple question ne sauraient me permettre tous les développements dont elle serait susceptible.

DEUXIÈME QUESTION.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

DÉTERMINER SI LES VAISSEAUX LYMPHATIQUES EXISTENT DANS TOUTE LA CHAÎNE DES ANIMAUX VERTÉBRÉS AVEC LES MÊMES CARACTÈRES.

Les vaisseaux lymphatiques des mammifères sont analogues, et pour leur disposition et pour leur structure, à ceux de l'homme.

Niés pendant long-temps chez les oiseaux, leur existence s'y trouve entièrement démontrée, et l'on a surtout étudié, dans cette classe des vertébrés, ceux de la tête, du cou et du thorax. On en a rencontré quelques vestiges chez les reptiles. Il a été impossible jusqu'ici d'en découvrir aucune trace chez les poissons.

TROISIÈME QUESTION.

SCIENCES CHIRURGICALES.

DES CAUSES QUI, PENDANT LE TRAVAIL, PEUVENT PRODUIRE L'INERTIE DE LA MATRICE, ET DES MOYENS D'Y REMÉDIER.

Ces causes sont : la faiblesse de la femme à la suite de maladies longues, des hémorrhagies abondantes sous l'influence de passions dépressives, les congestions sanguines de l'utérus, la plénitude du rectum et de la vessie, des symptômes nerveux éclampsiques, la compression de l'utérus et de ses nerfs, la longueur du travail et l'épuisement de la contractilité utérine, la dureté ou la rupture prématurée des membranes, et, enfin, la résistance trop forte des parties de la génération. Chacune des formes de l'inertie utérine demande un traitement varié et approprié à la nature des causes.

QUATRIÈME QUESTION.

SCIENCES MÉDICALES.

DE LA PUISSANCE NUTRITIVE DES DIVERSES CHAIRS, SUIVANT QU'ELLES ONT ÉTÉ RÔTIES, BOUILLIES OU ASSAISONNÉES.

Les viandes rôties sont celles qui possèdent la plus grande puissance nutritive dans l'état de santé; mais cette puissance varie et dans celles-ci, et dans les viandes bouillies et assaisonnées, selon la constitution, le tempérament, l'âge de l'individu, les travaux auxquels il est voué, les circonstances climatériques et saisonnières. Nous pensons donc qu'on ne peut rien établir d'absolu et de positif, cette puissance ne nous paraissant que relative.

MATIÈRE DES EXAMENS.

1er Examen. *Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle, Pharmacologie.*

2e Examen. *Anatomie, Physiologie.*

3e Examen. *Pathologie interne et externe.*

4e Examen. *Thérapeutique, Hygiène, Matière médicale, Médecine legale.*

5e Examen. *Accouchements, Clinique interne et externe.* (Examen prat.)

6e et dernier Examen. *Présenter et soutenir une Thèse.*

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés ; et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères, si j'y manque !